

Гаврилик Б.Л., Журавский В.П.,
Картавилов М.В.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ КАК ПРИЧИНА ГНОЙНЫХ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

/ Гродно, Мозырь, Гомель /

По данным В.С.Савельева, В.А.Кубыш-кина, 1993, летальность от панкреонекроза остается высокой и колеблется в пределах 28-80%. В значительной степени этому способствует присоединение интраабдоминальных гнойных ос-

ложнений, в первую очередь, гнойного перитонита. Гнойный перитонит при остром панкреатите, как правило, проходит фазу ферментативного, когда еще можно помочь больному интенсивной консервативной терапией, включая и лапароскопические манипуляции. При присоединении же гнойной инфекции, только срочное адекватное оперативное вмешательство позволяет надеяться на благоприятный исход.

В Мозырской центральной городской больнице Гомельской области за период с 1993 по 1997 гг. находился на лечении 41 больной с панкреонекрозом. Из них мужчин было 21, женщин - 20 в возрасте от 28 до 72 лет. Причем в возрасте от 20 до 40 лет было 12 человек, 40 - 60 лет - 16, 60 - 70 лет - 9 и старше 70 лет - 4 больных. Диагноз жирового панкреонекроза выставлен у 18 (43,9%) больных, геморрагического панкреонекроза - у 8 (19,5%), гнойный панкреатит был отмечен у 15 (36,6%) пациентов. У 17 (41,5%) больных панкреатит был холангиогенного происхождения. Перитонит, как осложнение панкреонекроза, наблюдается у 24 (58,5%) пациентов, у 18 - носил ферментативный характер, у 6 - гнойный. Оперировано 36 (87,8%) больных. Операцией выбора была лапаротомия и дренирование сальниковой сумки по Бакулеву (18 человек). У 14 больных указанное оперативное пособие было дополнено холецистэктомией, холедохотомией, холедохолитэктомией и наружным дренированием билиарной системы, у 2 пациентов был наложен билиодигестивный анастомоз, у одного произведена папиллосфинктеротомия. Еще 1 больному выполнена цистостомия. Неотложные релапаротомии вынуждены были выполнить у 8 пациентов, в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса у 6 и эрозивным кровотечением - у 2 больных. Общая летальность составила 19,5%. Среднее пребывание пациентов в стационаре равнялось $35,8 \pm 4,5$ койко-дня.

Последние годы в арсенал комплексного лечения деструктивных форм панкреатита наряду с современными методами детоксикации ряд хирургов подключают лазеротерапию (А.Г.Кирпичев и соавт., 1990; Г.П.Шорох и соавт., 1993 и др.). Чаще используется неинвазивный метод лазеротерапии облучением определенных кожных зон в проекции поджелудочной железы низкоинтенсивным лазерным излучением. Нами предложен способ воздействия лазерным светом непосредственно на железу через световод, проведенный в сальниковую сумку посредством лапароскопии или после лапаротомии через дренаж. Используется лазер ЛТУ-2 с выходной мощностью 5 мвт/см². Экспозиция - 10 мин, количество сеансов - 10. Данный метод в составе комплексной терапии применен нами у 4 больных с деструктивными формами панкреатита. Получен обнадеживающий результат.